

ACCUSE DE RECEPTION DE L'AVIS D'ARRET DE TRAVAIL

Référence de l'avis d'arrêt de travail : AAT-AS-017818111-241016-194016-617

Catégorie et type d'arrêt de travail : Maladie - Prolongation

Date de réception : 16/10/2024

Dates de l'arrêt de travail : 16/10/2024 - 18/10/2024

NIR de l'assuré : 2 0 2 1 1 7 5 1 1 5 5 5 4

Nom et prénom de l'assuré : TATOPOULOS TALIA

L'accusé de réception ne fait foi que de la date et de l'heure de ladite réception.

La date faisant foi est toujours calculée sur le fuseau horaire de Paris.

L'avis d'arrêt de travail sera traité par l'organisme de rattachement de l'assuré. Il est possible de contacter cet organisme via le téléservice « Contacter l'Assurance Maladie » accessible depuis la rubrique Echanges d'Espace Pro.

Récapitulatif des données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 2 0 2 1 1 7 5 1 1 5 5 5 4 6 0

nom et prénom : TATOPOULOS TALIA

adresse où le malade peut être visité :

code postal : ville :

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement :

code d'accès de la résidence :

situation professionnelle : salarié(e)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date : non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial :

médecin remplaçant le médecin traitant
ou le médecin prescripteur initial

le médecin spécialiste consulté
à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une
hospitalisation

autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : TATOPOULOS TALIA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au } -vendredi 18 octobre 2024
-18/10/2024 } inclus

sans rapport en rapport avec une affection de longue durée
sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle - date AT/MP :
sans rapport en rapport avec le décès d'un enfant ou d'une personne à charge - date du décès :

sorties autorisées : oui à partir du : 16/10/2024 non
sorties sans restriction : non oui à partir du :
activité(s) autorisée(s) : oui à partir du : non

• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :

sans rapport en rapport avec une affection de longue durée
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle - date AT/MP :

éléments d'ordre médical

Codification du motif médical : 00990000 OU éléments en toutes lettres :

Autres - epuise ment

Identification du praticien (nom et prénom)

MARCHAL MURIEL

identifiant 10003749644

Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

5 Résidence des 3 Forêts, 78380
Bougival

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 781712674

J'ai accepté les conditions de transmission et pris connaissance des textes applicables

Date : 16/10/2024

Transmis le : 16/10/2024

Version éditeur

Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

Exemplaire à adresser
à votre EMPLOYEUR ou
au POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 2 0 2 1 1 7 5 1 1 5 5 5 4 6 0

nom et prénom : TATOPOULOS TALIA

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date : non
situation professionnelle : salarié(e)

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR : dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone : e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : TATOPOULOS TALIA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au -vendredi 18 octobre 2024
-18/10/2024 } inclus

sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

sorties autorisées : oui à partir du : 16/10/2024 non
sorties sans restriction : non oui à partir du :
activité(s) autorisée(s) : oui à partir du : non

• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

Identification du praticien (nom et prénom)

MARCHAL MURIEL
Identifiant : 10003749644

Date : 16/10/2024

Signature :

Signé via Doctolib le 16/10/2024
Muriel MARCHAL

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

A conserver par l'assuré(e)

- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur. Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- Vous êtes sans emploi : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser au POLE EMPLOI.
- Vous exercez une profession indépendante : Votre médecin vous remet cet exemplaire à titre d'information.

IMPORTANT : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

ATTENTION : En dehors des cas prévus par la réglementation, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant. Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans : dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

Pour plus d'informations : www.ameli.fr/arret-de-travail ou scannez le QR Code

